Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*30.09.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

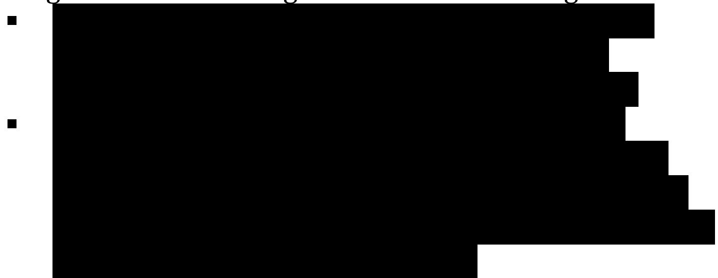
Moderation: Lars Schaade (VPräs)

Teilnehmende:

- Präs
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG 12
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG 36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- MF 3
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Ca. 33 Mio. Fälle und ca. 1 Mio. Verstorbene (3,0 %) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: ◦ Unverändert im Vergleich zu Montag, Indien weiter führend, Trends insgesamt leicht abnehmend, während Entwicklung in Europa dynamischer zu werden scheint • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew ◦ 50 Länder mit Inzidenz >50; Ozeanien: Franz. Polynesien neu hinzugekommen; Amerika: United States Virgin Islands und Guyana nicht mehr gelistet; Länder Eurasiens: unverändert • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew Europa ◦ Neu hinzugekommen: Rumänien • Telefonkonferenz zu Risikogebieten ◦ [redacted] ◦ [redacted] ◦ [redacted] ◦ WHO EURO Daten mit Farbkodierung (Folie 5): Rot = Schwellenwert (50, gestrichelte Linie in Grafik) überschritten und KEIN Risikogebiet (hier Wallonia, Flandern); Orange = Schwellenwert überschritten UND Risikogebiet laut RKI (hier Brüssel); Brüssel zudem bei > Schwellenwert (x / 10 T) von 10 = an 10 von 10 Tagen Schwellenwert-Überschreitung • Zusammenfassung: ◦ Mehr als 1 Mio. Todesfälle, vor allem Amerika, Asien ◦ Derzeit sehr aktives Infektionsgeschehen in Europa [redacted] **National**	ZIG1 [redacted] FG 32

[redacted]

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - SurvNet übermittelt: 289.219 (+1.798), davon 9.488 (3,3%) Todesfälle (+17), Inzidenz 348/100.000 Ew, ca. 256.000 Genesene, 4T R=0,96; 7T R=1,00,
  - 7-Tage-Inzidenz: 14,5 Fälle /100.000 Ew (steigt langsam an), z.T. auch höhere Anzahl an Verstorbenen, Ältere wieder stärker betroffen
  - 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
    - Gesamt ca. 14,5 %, v.a. Bremen, Berlin und Hamburg betroffen
    - Bremen aktuell höchste Inzidenz, presseseitig mutmaßliche Ursache: kein bestimmtes Ausbruchsgeschehen, sondern bedingt u.a. durch private Feiern → hier wird bei der zuständigen Behörde nachgehakt, ob deren Daten im Einklang mit diesen presseseitigen Informationen sind
    - Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Thüringen: sehr niedrige Inzidenz
    - Saarland als Nachbarregion zu Frankreich besonders niedrige und Sachsen als Nachbarregion zu Tschechien niedrige Inzidenz
  - Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
    - 
      [redacted]
  - Am Dienstag in den Lagebericht aufgenommen: zwei Spalten in Tabelle 3 („Die dem RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Geschlecht sowie Anteil Hospitalisierung und Verstorbene): „Anzahl mit klinischen Informationen“ und „Anteil keine bzw. keine für COVID-19 bedeutsame Symptome“ → 30 % asymptomatischer Anteil ist im Vergleich zu Daten serologischer Studien in hotspots (ca. 16 %) viel höher, ggf. abhängig von zugrundliegender Analysetiefe

Laborbasierte Surveillance (Folien hier)

FG 37 [redacted]

- [redacted]
- Anzahl Testungen pro 100.000 Ew nach Altersgruppe und Kalenderwoche (Folie 3): nach wie vor Ältere sowie 15- bis 59-Jährige vermehrt getestet
- Positivenanteile nach Altersgruppe und Kalenderwoche (Folie 4): zu Beginn des Jahres große Unterschiede zwischen den Altergruppen bei Positivraten von bis zu 15 %, jetzt Clusterung weit unterhalb 2,5 %
- [redacted]

	[redacted] • Berlin (Folie 7): Positivenanteil im Vergleich zu Deutschland hier in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen sowie 35- bis 59-Jährigen Anstieg zu verzeichnen (Grafik unten rechts), aber auch bei älteren Altersgruppen • Bayern (Folien 8 & 9): Verlauf hier ähnlicher zu Daten von Deutschland insgesamt • Tage zwischen Probenentnahme und Tag der Durchführung des Tests (Folien 10 jeweilige Anzahl der Tests & Folie 11 Anteil der Tests nach Tagen): bspw. 0 = Test am Tag der Probenahme; 2 = 2 Tage zwischen Probenentnahme und Test; Vergleich München *versus* Berlin: in Berlin geringfügig häufigere Verzögerungen, jedoch insgesamt Großteil der Tests am Tag der Probenahme durchgeführt • Auffälligkeiten o.g. Daten im Vergleich werden weiter eruiert	
	Syndromische Surveillance (Dokument hier) • Grippeweb: Gesamt-ARE-Raten bis 39 KW liegen unterhalb derer der letzten drei Vorsaisons • ARE-Rate bis 39. KW: Kinder: Anstieg eine Woche früher im Vergleich zu Vorsaison; Erwachsene: derzeit Anstieg, aber unter Werten der letzen zwei Vorsaisons • AG Influenza Praxisindez: relative Anzahl der ARE-Besuche in Arztpraxen im Vergleich zu letzten drei Vorsaisons insgesamt niedriger, kein derzeitig zu verzeichnender Anstieg • ARE-Konsultationsinzidenz: zwei Peaks bei Kindern (0 bis 4 und 5 bis 14 Jahre) nach Lockdown bei partieller Schulöffnung sowie nach Ferienende • Regionale ARE-Konsultationsinzidenz, Ferienende eingezeichnet (senkrechter Balken): höchste Rate insgesamt bei 0- bis 4-Jährigen, gefolgt von 5- bis 14-Jährigen; Anstieg in 38. KW bei > 60-Jährigen in Berlin/BB hat sich wieder relativiert • Neues Folienformat (Folie 8, COVID-19-Inzidenz je 100.000 Ew): rechte y-Achse Skalierung auf 10.000, linke y-Achse auf 100; derzeit etwas höheres Herbstniveau zu verzeichnen, nach Ferien üblicher Anstieg bei Kindern bzw. Schulkindern; nach Grippewelle entgegengesetzt, hier Erwachsene am stärksten betroffen; derzeit (um 39. KW) nehmen COVID-19-Fälle in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen zu, spiegeln sich z.T. in ARE-Aktivität wieder (COVID-19 nur kleiner Anteil der ARE) • ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle: normales saisonales Niveau, transient höherer Anteil hospitalisierter Kinder wieder zurückgegangen • Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose: in 38. KW auf 5 % gestiegen *ToDo: Eruierung möglicher Erklärungsansätze des in allen abgebildeten BuLä zu verzeichnende Anstieg vor Ferienende (um KW 27*	FG 36 [redacted]

	in Berlin/BB, um KW 30 in Bayern und BaWü) mit Ausnahme von NRW (siehe Folie 7)	
2	**Internationales** **(nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte** **(nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein bedarf	alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht anwesend **Presse** • [redacted] [redacted] **Bundeswehr** • Nicht anwesend	BZgA Presse [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Containment Scouts überaus gutes Erfolgsmodell in der Unterstützung *To Do: In Rücksprache mit Gesundheitsämtern klären, wie Arbeitslast reduzierbar ist (bspw. hinsichtlich täglicher Anrufe der von in Quarantäne befindlicher Personen durch die Gesundheitsämter)* [redacted]	Leitung [redacted]

	[redacted] **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
8	**Dokumente** Änderungen im Kontaktpersonenmanagementpapier (Dokument hier) • Kontaktpersonen Kategorie I, zwei Falldefinitionen unterschieden (siehe S. 3): • A. Infektiöses Virus wird vom Quellfall über Aerosole/Kleinpartikel (im Folgenden als „Aerosol(e)“ bezeichnet) bzw. (in viel kleinerer Anzahl*) über Tröpfchen ausgestoßen (emittiert). […] <u>Nahfeld > 1,5 m</u> • B. Aerosole können in einem nicht oder schlecht belüfteten Raum über Stunden schweben, wobei das vermehrungsfähige Virus eine Halbwertszeit von etwa 1 Stunde hat. […] <u>Abstand zu Quelle irrelevant</u>. • *Zusatz soll gestrichen werden (dazu weiter siehe unten) • Diese Falldefinitionen sind nun detaillierter beschrieben • Änderung entsprechend in Tabelle: KP1 unterschieden zwischen Nahfeld und Aerosol, deutlichere Überschriften • Gestrichen werden soll (S. 6): *Eine Testung asymptomatischer Kontaktpersonen der Kategorie 1 zur frühzeitigen Erkennung von prä- oder asymptomatischen Infektionen sollte durchgeführt wer-den. Die Testung sollte so früh wie möglich an Tag 1 der Ermitt-lung erfolgen, um mögliche Kontakte der positiven asymptoma-tischen Kontaktpersonen rechtzeitig in die Quarantäne zu schicken. Zusätzlich sollte 5-7 Tage nach der Erstexposition ein zweiter Test erfolgen, da zu diesem Zeitpunkt die höchste Wahr-scheinlichkeit für einen Erregernachweis besteht. Es ist zu betonen, dass ein negatives Testergebnis das Gesundheitsmonitoring nicht aufhebt und die Quarantänezeit nicht verkürzt!* • Synopse Kontaktpersonenmanagement (S. 12): Kontakt-reduktion bei Kategorie III: „Nein“ An dieser Stelle wird eine präzisere Aussage zu den privaten Kontakten gewünscht (das gilt auch für KPs, die bei Personalmangel nach einer Woche wieder arbeiten dürfen, obwohl sie KP 1 sind) • [redacted]	FG36 [redacted]

	[redacted] • *To Do: „bzw. (in viel kleinerer Anzahl) über Tröpfchen“ : statt „bzw.“ bitte „UND“ verwenden sowie „(in viel kleinerer Anzahl)“ streichen* [redacted] *To do: Bitte in kleinerem Verteiler/den jeweiligen AGs nochmal zirkulieren unter Federführung FG 36 und Beteiligung FG37 und FG14. Konsolidierte Fassung: Deadline Montag oder Mittwoch im Krisenstab neu beraten!* Hierbei ggf. zu berücksichtigende Diskussionspunkte: • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Bezug zu anderen Hygieneempfehlungen • Weiter zu beachten: Detailgrad der Definitionen (Dauer, Raumgröße, hinsichtlich Partikelhalbwertszeiten, Quantifizierbarkeit Viruslast einer Person), Möglichkeit des Auftretens neuerlicher Nachfragen und Missverständlichkeiten o.ä. • Wahl der Testzeitpunkte bzw. Möglichkeit der Testeinsparnis: so früh wie möglich ab Tag 1 der Ermittlung sowie an Tag 5 – 7: • ggf. Tag 1 nach Ermittlung weglassen, da das ohnehin eher der Tag 3 oder 4 wäre oder • ersten Testzeitpunkt beibehalten, da betreffende Person danach sowieso quarantänisiert, dient dann der KP-Information	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance: stabiles Niveau, 50 % Rhinovirus, keine weiteren Influenza/SARS-COV2-Nachweise	FG17 [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Zunahme von Patientenverfügungen auf Verzicht auf Beatmung zu beobachten *To Do: „Klinisches Management“ bitte für Freitag in Agenda mitaufnehmen*	FG36/IBBS [redacted]

12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	FG33
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Wichtige Termine** • CMO-Treffen EU-Ratspräsidentschaft: u.a. Kontaktpersonen-nachverfolgung angesprochen, grundsätzlich positives outcome, arbeiten derzeit am Summary	FG32/ FG38 [redacted]
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 02.10.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	